VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 33)
z dnia 9 marca 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 33)

9 marca 2017 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek obrad:

– informacja Ministra Zdrowia na temat problemu uzależnień osób starszych;

– informacja Ministra Zdrowia na temat dostępu do wsparcia psychicznego dla osób starszych;

– rozpatrzenie projektu dezyderatu w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów;

– sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Józef Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Brzózka** dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Bogusława Bukowska** zastępca dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Barbara Kucharska** pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego do Spraw Polityki Senioralnej, **Bogdan Szurmak** przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy wraz z członkami rad seniorów innych dzielnic Warszawy, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Kordian Kulaszkiewicz** prezes Zarządu Fundacji „Adaptacja M&K", **Rafał Sapuła** stały doradca Komisji, **Dominika Górnicka** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Anna Czechowska, Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Otwieram 33. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam przedstawicieli rządu z Ministerstwa Zdrowia, pana ministra, pana dyrektora, witam przedstawicieli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, pana dyrektora, również witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, witam pana dyrektora „Parpy", witam ekspertów, witam wszystkich pozostałych naszych gości. Witam panie i panów posłów.

Stwierdzam przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: informację Ministra Zdrowia na temat problemu uzależnień u osób starszych – punkt 1; punkt 2 – informację Ministra Zdrowia na temat dostępu do wsparcia psychicznego dla osób starszych (również przedstawia Ministerstwo Zdrowia) i punkt 3 – rozpatrzenie projektu dezyderatu w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępiennie i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów.

Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę, stwierdzam przyjęcie porządku dziennego.

Proszę pana ministra zdrowia o przedstawienie informacji na temat problemu uzależnień u osób starszych i zaraz potem również o przedstawienie informacji na temat

dostępu do wsparcia psychicznego dla osób starszych. Po tych dwóch informacjach przejdziemy do dyskusji. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Józef Król:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie i panowie posłowie, szanowni państwo, jeśli chodzi o problem uzależnień u osób starszych, to kwestia ta nie jest często tematem badań i kontroli. Dlatego te dane, które pozwolę sobie przytoczyć, odnoszą się do grupy wiekowej 60+, gdzie ten problem jest jak gdyby wzrostowy. W okresie ostatnich 20 lat z problemu marginalnego stał się realnie odczuwalnym problemem zdrowotnym. Jednocześnie chciałbym uprzejmie poinformować, że szczegóły znajdują się w przekazanym Komisji opracowaniu.

Pierwszy punkt, to istotne uzależnienie od alkoholu. Z bazy danych lecznictwa odwykowego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych za rok 2015 wynika, że osoby w wieku 65 lat (i więcej) stanowiły 4,7% wszystkich uzależnionych pacjentów w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. W liczbach bezwzględnych to jest 8623 osoby. W grupie leczących się uzależnionych kobiet pacjentki w wieku 65 lat (i więcej) stanowiły 3,96%, czyli to jest 1424 osoby.

Palenie tytoniu. Należy zauważyć, że 38% wszystkich zgonów mężczyzn jest spowodowanych chorobami wynikającymi z palenia tytoniu, z czego 55% powodują nowotwory powstałe na skutek palenia tytoniu. Ponad 94% przypadków raka płuca wśród mężczyzn i 68% wśród kobiet ma swój związek z paleniem tytoniu. Szczególnie ta liczba 94% w przypadku raka płuc jest warta podkreślenia, szczególnie osobom, które jeszcze nie rzuciły palenia. Będziemy to wspierać – mam nadzieję – bardziej skutecznie niż było to do tej pory. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, przeprowadzonego w 2016 r., wskazuje, że wyroby tytoniowe pali około 14% kobiet oraz 33% mężczyzn powyżej 60. roku życia. Z tej grupy ponad 90% mężczyzn oraz 70% kobiet pali co najmniej 10 papierosów dziennie, a znaczny odsetek spośród nich pali nie mniej niż 20 sztuk dziennie. Niestety, blisko 70% osób w wieku senioralnym nie planuje rzucić palenia. W przytoczonej analizie wykazano, że około 20% kobiet w wieku 40+ pali, a kobiet w wieku 60+ pali 28%.

W celu przeciwdziałania tej sytuacji podejmowane są różne działania uświadamiające. W 2014 r. Główny Inspektorat Sanitarny przeprowadził kampanię informacyjną w tym zakresie. Grupę docelową kampanii stanowiły kobiety powyżej 40. roku życia. Osoby biorące udział w tej kampanii w zdecydowanej większości podkreślały, że palenie jest dla nich wielką przyjemnością. Jedyne argumenty odnoszące się do negatywnych skutków palenia, które nie były podważane, dotyczyły wysokich kosztów papierosów i ich negatywnego wpływu na urodę. Wszystkie inne argumenty przeciw paleniu były podważane, racjonalizowane i negowane. W trakcie kampanii publikowano artykuły sponsorowane w prasie, w Internecie oraz stworzono spot reklamowy, który był wyświetlany w środkach transportu publicznego w 17 miastach Polski. Kampania zachęcała m.in. do rzucenia nałogu z pomocą lekarza lub telefonicznej poradni pomocy palącym, która działała przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie. Odsłonę prasową kampanii „Rzuć dymka" obejrzało, co najmniej raz prawie 41% grupy docelowej. Liczba odsłon kampanii w Internecie wynosiła ponad 1,8 odsłon. Efekty tej kampanii przełożyły się ponadto na zwiększenie liczby połączeń do telefonicznej poradni pomocy palącym. Przed kampanią, w analogicznym okresie, odnotowano 165 połączeń, z tego 28% było od kobiet, natomiast w okresie kampanii, czyli od 1 do 25 września 2014 r. odebrano 305 połączeń, z czego 29% od kobiet. W okresie 25 dni po kampanii udzielono 268 porad, a kobiety stanowiły prawie 40% rozmówców. W sierpniu 2017 r. planowane jest przeprowadzenie kolejnego badania na temat osób palących oraz postaw wobec palenia tytoniu.

Trzeci punkt: używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń.

Z danych z badań kwestionariuszowych realizowanych wśród uczestników programów wymiany igieł i strzykawek (programy redukcji szkód realizowane przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii) wynika, że wzrasta grupa osób w wieku powyżej 45. roku używających

substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń. W 2008 r. odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek w wieku 45+ stanowili co dziesiątą osobę w programie redukcji szkód (czyli, prawie 10%), w 2016 już co piątą (czyli już prawie 20%, ponad 19%). Badania prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w zakresie przyjęcia pacjentów do lecznictwa stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wykazują, że w 2012 r. w grupie wiekowej 45+ obserwować można było trzykrotny wzrost odsetka osób przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w porównaniu do 1997 r. (odpowiednio: 20% i 7%). Częściowo wynika to z poprawy jakości usług leczniczych i opiekuńczych, a także rozszerzenia oferty terapeutycznej (leczenia substytucyjnego), co powoduje ograniczenie szkód zdrowotnych, a tym samym poprawę funkcjonowania osób problemowo używających wyżej wymienionych substancji.

Jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to ja przejdę od razu do tego kolejnego punktu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Wsparcie psychologiczne dla osób starszych. Tutaj pragniemy ponownie wskazać, że świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych przysługują wszystkim świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, nadającym się do danego typu leczenia, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W ramach świadczeń psychogeriatrycznych osobom po 60. roku życia z rozpoznaniem organicznych zaburzeń psychicznych, włącznie z zespołem objawów lękowych, schizofrenii, zaburzeń urojeniowych oraz afektywnymi zaburzeniami nastroju, udzielana jest pomoc psychologa jak i terapeuty zajęciowego. Pragniemy też zwrócić uwagę na wzrost liczby osób powyżej 60. roku życia, którym udzielono świadczeń psychogeriatrycznych. W 2015 r. dziennych świadczeń psychiatrycznych i geriatrycznych udzielono 1026 pacjentom na ogólną kwotę około 5,6 mln zł, a w 2016 r. – 1145 na kwotę zbliżoną do 6 mln zł. W 2015 r. świadczeń psychogeriatrycznych udzielono 5651 pacjentom na kwotę ponad 45 mln zł, natomiast w 2016 r. już ponad stu więcej na kwotę już 46 mln zł. Natomiast w 2016 r. z porad psychologicznych i sesji psychoterapii udzielonych w trybie ambulatoryjnym skorzystało ponad 57 tysiące pacjentów, a wartość tych porad wynosiła prawie 12 mln zł. Szczegółowe informacje dotyczące udzielonych świadczeń gwarantowanych znajdują się w materiale, który państwu przekazaliśmy.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 zaprojektowano działania w zakresie profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa (cel nr 3) oraz promocji zdrowia i aktywnego starzenia się (cel nr 5). Dotyczą one kwestii zdrowia psychicznego osób starszych w sposób bezpośredni lub pośredni. W Narodowym Programie Zdrowia realizowane będzie badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem (w Programie PolSenior II). W ramach tego programu zobrazowana zostanie sytuacja epidemiologiczna osób starszych, m.in. w zakresie zaburzeń i chorób psychicznych osób w wieku 60+, w tym depresji. Szereg działań zaplanowanych w ramach celu operacyjnego nr 3 ma na celu poprawę zdrowia stanu psychicznego ogółu obywateli, w tym także osób starszych. W 2017 r. realizowane będzie także kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego ogółu społeczeństwa i jego uwarunkowań (program pod tytułem EZOP II), który pozwoli na oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz kondycji psychicznej Polaków. Badanie to będzie miało charakter ogólnopolski oraz uwzględni podział respondentów na grupy wiekowe oraz płeć, w kontekście występowania specyficznych problemów związanych z rozwojem i zdrowiem psychicznym.

Poza Narodowym Programem Zdrowia realizowany jest Program Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016–2020, którego głównym celem jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja programu przewiduje trzy etapy, tj.: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji, pro-

mocji zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktyki depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania (w tym depresji osób w wieku podeszłym). Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Przechodzimy do dyskusji. Materiał, który przedstawił nam pan minister jest w zasadzie dość krótki, bardzo skondensowany. Jeśli państwo mają jakieś pytania, chcą o coś dopytać, to bardzo proszę.

Pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego do Spraw Polityki Senioralnej Barbara Kucharska:

Pełnomocnik Zarządu Województwa Mazowieckiego do Spraw Polityki Senioralnej Barbara Kucharska. Miałabym takie pytanie; pan minister wymienił tutaj świadczenia psychogeriatryczne. Czy zmiana sieci szpitali i likwidacja oddziałów geriatrycznych wpłynie na dostępność do takich świadczeń, czy to w ogóle nie ma wpływu?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Panie ministrze, jeżeli mogłabym prosić, to więcej pytań i wtedy poproszę pana o udzielenie odpowiedzi. Dobrze? Bardzo proszę, czy są jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę

Przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy Bogdan Szurmak:

Bogdan Szurmak, przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów. Dosyć symboliczny to materiał, według mnie, przedstawiający aktualną sytuację i to też w dość ograniczonym zakresie. Z tego materiału nie wynika, czy sytuacja osób starszych – w zasadzie, nie tylko starszych – jeżeli chodzi o uzależnienia od alkoholu czy od papierosów poprawia się czy nie, jak wygląda statystyka na przestrzeni np. 5 lat i jakie działania w tym czasie były podejmowane, aby tę sytuację poprawić. Nie usłyszeliśmy również – a wiemy, że papierosy powodują bardzo duże spustoszenia, jeśli chodzi o działania lecznicze, że bardzo drogo to kosztuje – czy nam się opłaca wydawać pieniądze na leczenie pacjentów uzależnionych od papierosów, czy te pieniądze wydawane na leczenie pacjentów nie są znacznie większe niż dochody z tytułu sprzedaży papierosów. To też jest, według mnie, problem, który powinno się zasygnalizować i coś z tym problemem próbować zrobić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę. I proszę się przedstawić.

Przewodniczący zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbgniew Tomczak:

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu, Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Mam pytanie do pana ministra. Na stronie 4, tabela nr 1; tam są takie dane, że w 2015 r. jest około 1 mln zł na tysiąc pacjentów; wychodzi mi około 5400 zł na jednego pacjenta. Nie wiem, czy ci pacjenci kilka razy w ciągu roku tam chodzili, czy nie? Ale wydaje mi się, że to chyba jest błędne. I podobnie pozostałe wiersze, za rok 2015 świadczenia psychogeriatryczne, wychodzi mi 8000 zł w przypadku jednego pacjenta. To taka moja wątpliwość. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę.

Opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera Zofia Prasał:

Dzień dobry państwu. Zofia Prasał, jestem opiekunką osób z chorobą Alzheimera; opiekunką domową, rodziną, faktyczną, różnie to nazywają. Mam pytanie zasadnicze o pierwsze zdanie informacji: „Badania te (za 2010) wykluczyły osoby powyżej 64. roku życia”. Dlaczego?

Te informacje, które nam przytoczono, są zaczerpnięte z bazy danych lecznictwa odwykowego. Natomiast problem uzależnienia osób starszych jest bardzo ważny i chciałbym połączyć ten temat z przemocą domową wobec osób starszych. Zajmowała się tym Komisja Polityki Senioralnej w dniu 19 października ubiegłego roku i tam przedłożone były wyniki badań z uniwersytetu w Białymstoku, z których wynikało, że prze-

moc domowa wobec osób starszych jest najczęściej skutkiem uzależnienia mężów. I tak, króciutko: na 70 badanych spraw sądowych 53 sprawców zostało skazanych wyrokiem sądu, z czego 40 zostało zobligowanych do leczenia odwykowego. Nie dotyczyło to tylko osób starszych tylko w ogóle przemocy, w tym również osób starszych. Wynikało z tego, może przeczytam: „Niemal wszyscy sprawcy byli uzależnieni, albo od alkoholu (42 na 53 badanych), albo od narkotyków (2 osoby), albo od dopalaczy (2 osoby), albo od hazardu (2 osoby). Tylko 2 osoby stosujące przemoc nie miały problemu z jakimkolwiek uzależnieniem". Ważną informacją jest też ta, że 12 sprawców przemocy to recydywiści, którzy w większości byli karani za przemoc w rodzinie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę.

Poseł Teresa Glenc (PiS):

Dziękuję, Teresa Glenc, poseł. Chciałam bardzo serdecznie podziękować za temat dotyczący profilaktyki, bo wiemy, że osoba starsza czy jakakolwiek uzależniona w jakikolwiek sposób, sięga po to wszystko nie bez przyczyny. Profilaktyka i badanie tego na podstawie dokumentu, który został tu, w tym raporcie wspomniany – program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020, badanie, odbywające się w dobry (fachowy) sposób, wykrywa przyczynę, które jest najważniejsza, bo często osoby starsze uzależniają się, bo czują się samotne, odrzucone przez najbliższe otoczenie. Żeby coś leczyć, trzeba zapobiegać i szukać przyczyny, więc tutaj ukłon i podziękowanie dla ministerstwa, że zaczynamy od właściwego punktu, od zapobiegania i profilaktyki. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze są jakieś pytania? Nie widzę.

Chciałam powiedzieć, że jeżeli chodzi o uzależnienie, ale od alkoholu, to mamy Narodowy Kongres Trzeźwości. Tak się złożyło, że założyłam w zeszłym roku zespół parlamentarny do spraw rozwiązywania problemów uzależnień, merytorycznie staramy się pracować omawiając we wszystkich obszarach uzależnienie. Celem naszego zespołu jest wypracowanie dobrej ustawy, która będzie mówiła o wszystkich uzależnieniach, z tego względu, że mamy oddzielnie Państwową Agencję do Spraw Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a z drugiej strony są inne uzależnienia, od środków psychoaktywnych, dopalaczy, leków czy inne. Chciałam powiedzieć, że w ten kongres trzeźwienia narodu włączony jest episkopat polski. Dużo przedsięwzięć już zaczęliśmy robić, bo wczoraj odbyło się sympozjum w Toruniu, a 26 marca w Sali Kolumnowej będzie konferencja poświęcona tematowi trzeźwości; będą też pielgrzymki. W parlamencie faktycznie po raz pierwszy zaczynamy mówić o uzależnieniu. Dzisiaj była na Sali Plenarnej procedowana uchwała związana z troską o trzeźwość narodu. Była ożywiona dyskusja; myślę, że bardzo dobra dyskusja i że Sejm uchwałę przyjmie. Mówimy głośno, że naród trzeźwy to naród wolny, naród odpowiedzialny i w tym kierunku idziemy.

Mam pytanie związane z przedstawioną informacją. Jeżeli chodzi o profilaktykę, „Rzuć dymka", czy projekt tego projektu profilaktycznego był skierowany do wszystkich palaczy, czy był ukierunkowany na osoby starsze, bo wydaje mi się, że osoby starsze trochę inaczej postrzegają uzależnienie i czy nie należałoby się zastanowić, czy profilaktyka nie powinna być ukierunkowana nie tylko do dzieci, do młodzieży, do ludzi w wieku średnim, ale również ukierunkowana do osób typowo starszych, żeby pokazać im, że uzależnienie jest straszną chorobą, chorobą śmiertelną? I to każde uzależnienie. To takie moje pytanie.

Witamy panią dyrektor z Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Mam pytanie do pani dyrektor, jaki jest odsetek osób starszych uzależnionych od narkotyków w porównaniu do wszystkich uzależnionych od narkotyków? Czy osób starszych jest minimalny procent? Jak to mniej więcej wygląda?

Także z własnego doświadczenia wiem – tu pytanie do pana dyrektora, może pan dyrektor nam odpowie – że typowych alkoholików to w zasadzie już nie ma, jeżeli są to osoby starsze. Bo dzisiaj uzależnienia są połączone, tak zwane krzyżowe, gdzie jest alkohol i jakieś inne uzależnienia. Moje pytanie, jak to wygląda, czy jest sporo osób

uzależnionych krzyżowo, np. alkohol i leki? Właśnie, jak to wygląda? To chyba wszystko do tego materiału. Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa? Nie. To bardzo proszę o udzielenie informacji pana ministra, potem pana dyrektora i panią dyrektor.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Postaram się przedstawić odpowiedzi na pytania.

Dzisiejsze zabezpieczenia szpitali lecznictwa zamkniętego, tak zwana sieć szpitali, nie ma wpływu na usługi psychogeriatryczne. Liczba oddziałów geriatrycznych nie będzie uzależniona od tej sieci (informacje uzyskałem na posiedzeniu innej komisji). Coś, co chciałem tutaj powiedzieć, to informacja uzyskana z NFZ, od samego prezesa Jacyny, że wycena punktowa procedury geriatrycznej wzrosła o 50 zł od jednej osoby już te umowy są podpisywane, w związku z tym to REGON głównie spowoduje zdecydowane poprawienie (jak gdyby) tej usługi w lecznictwie zamkniętym.

Kolejna rzecz odnosząca się do materiału i zbyt ogólnikowych zapisów to, czy badać? Badań przekrojowych, analiz odnośnie do osób w podeszłym wieku nie robi się dużo w świecie. Te, które tutaj przedstawiliśmy, dotyczą naszych analiz. W związku z tym wydaje się, że można to potraktować nie jako kroplę w morzu, początek do bardziej szczegółowych analiz. Tak sugerowałbym to traktować, a niekoniecznie wyciągać jakieś negatywne wnioski z opracowania.

Odnośnie do wyceny tych procedur, które były wskazywane, to dane pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia, one są szczegółowe i dokładne. Dotyczy to konkretnego pacjenta, a nie świadczenia, w związku z tym przeliczanie nie na świadczenie tylko na pacjenta. To jest ta kwota, która jest przeznaczana, w całej tej tabeli.

Jeśli chodzi o problematykę uzależnień od alkoholu zdecydowanie nie odbiegamy od krajów zachodnich. Tutaj, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, chciałbym, aby przedstawił to pan dyrektor Brzózka.

Wracam tutaj do „Rzuć dymka”. To rzeczywiście takie hasło młodzieżowe, być może nie trafia do tej grupy odbiorców. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowni państwo, jeśli chodzi o analizę, to dojrzeliśmy do tego już dość dawno. Taka jedna interwencja ogólnopolska faktycznie niekoniecznie jest najlepszym pomysłem i teraz te nasze działania, które projektujemy, jeśli chodzi o profilaktykę i edukację, przygotowujemy rozpoznając rozpowszechnienie problemu w różnych grupach wiekowych i społecznych. Jeżeli chodzi np. o palenie tytoniu, to mamy bardzo szczegółową analizę, jeśli chodzi o rozpowszechnienie palenia papierosów tradycyjnych, papierosów elektronicznych w różnych grupach wiekowych i też z podziałem np. na poziom wykształcenia. Poziom zarobków nie jest badany, bo jest to grupa niekoniecznie reprezentatywna.

Problem profilaktyki tytoniowej nie był najmocniej realizowany w ostatnich latach. To brało się m.in. z finansowania programu antytytoniowego, bo wpływy z akcyzy, które zgodnie z ustawą antytytoniową powinny być przeznaczane na program, nie trafiały finalnie do Ministerstwa Zdrowia, więc był program taki symboliczny, realizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny. GIS musiał wybrać priorytety, a więc skoncentrował się przede wszystkim na osobach młodych, bo to, co obserwujemy, to właśnie rosnąca konsumpcja tytoniu przez osoby młode, szczególnie dziewczęta w wieku 15 lat i więcej. To jest szczególny problem i stąd profilaktyka pierwotna w postaci kampanii realizowanej głównie wśród tych najmłodszych pokoleń.

Natomiast jeśli chodzi o wsparcie wyjścia z uzależnienia u osób starszych, to tutaj potrzebne są działania bardziej lecznicze, jeśli chodzi o psychoterapię czy pomoc farmakologiczną, bo jak ktoś palił już 40 lat, to taka kampania go nie przekona, on bardziej wymagał już wsparcia medycznego. Na pewno będziemy rozmawiali w Ministerstwie Zdrowia na ten temat, bo okazjonalnych palaczy w Polsce jest coraz mniej, natomiast jest duża grupa takich osób, które są organicznie, fizycznie uzależnione od nikotyny. One wymagają głębszego wsparcia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Poproszę pan dyrektora.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, spróbuję na niektóre z pytań zadanych przez państwa odpowiedzieć, ale może kilka takich uwag ogólnych dotyczących problemu alkoholu u osób starszych. Dlaczego? Dlatego, że łatwiej wtedy będzie zrozumieć statystykę środowiska osób starszych i ich stosunku do alkoholu.

Warto pamiętać, że po wypiciu tej samej ilości alkoholu stężenie w organizmie u osoby starszej będzie o 20% większe w porównaniu z osobą młodszą tej samej płci. Warto pamiętać, że organizm osób starszych gorzej metabolizuje alkohol. Starsza, nieregenerująca się, podatna na uszkodzenia wątroba gorzej radzi sobie z obroną przed toksycznymi substancjami. Alkohol jest substancją toksyczną. Warto dodać, że alkohol posiada wpływ na pogarszającą się fizjologicznie sprawność psychoruchową, często jest powodem urazów. Alkohol spożywany jest przez osoby starsze w celu doraźnej poprawy nastroju. Jest jednak to takie błędne koło, wypicie lampki wina, która wydaje się poprawiającą nastrój, poprawiającą samopoczucie w pewnym momencie przeradza się w problem. Przy czym, co warto powiedzieć, niekoniecznie musi być przekroczona granica uzależnienia. Czyli problemem u osób starszych, o czym możemy rozmawiać, nie jest problem uzależnienia od alkoholu, ale nadużywania, szczególnie w kontekście tego, iż osoby starsze przyjmują bardzo wiele leków. Trzeba pamiętać o tym, że ponad setka leków, szczególnie właśnie tych używanych w wieku senioralnym, jest podatna na działanie alkoholu. Czyli nawet trudno byłoby powiedzieć, że są uzależnienia krzyżowe, bo raczej chodzi – w przypadku kłopotów osób starszych z alkoholem – o czysty alkohol. Natomiast jest tak, że alkohol wchodzi w reakcję z lekami, jest znakomitym rozpuszczalnikiem. Bardzo często jest tak, że działania leków są anihilowane przez obecność alkoholu w organizmie. Warto pamiętać, że wiele leków jest dostępnych bez recepty, leków, które są bez informacji od lekarza i mają drobnym drukiem napisane, że lek wchodzi w reakcję z alkoholem. To powoduje dodatkowe uszkodzenia organizmu. Dodatkowo alkohol wypłukuje wapń z organizmu, zakłóca metabolizm. Osteoporoza jest wzmagana przez obecność alkoholu.

Informacja, którą chciałbym przekazać, to taka, że były ogromne badania na próbce rzędu 60 tysięcy osób, gdzie rzeczywiście, podział grup wiekowych był taki, że mówiono o osobach 60+, bez dalszego, głębszego podziału na wiek.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Chciałabym dopytać, w którym roku były te badania?

Dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka:

To był rok 2010. Warto pamiętać, że to były ogromne badania we współpracy ze Stanami Zjednoczonymi. Opracowanie wyników było kłopotliwe głownie w pewnych grupach, właśnie w grupie starszych osób. To są badani ankietowe, czyli trzeba spotkać się z osobą, która jest użytkownikiem alkoholu albo abstynentem i taką dość długą, bo czterdziestominutową ankietę wypełnić. Wnioski są wyciągane z odpowiedzi, ale między wierszami. Nie pytamy wprost, ile kto pije, jak dużo. Dlaczego część społeczności, nie tylko u nas, jest niedokładnie przebadana? Nie wynika to z niechęci, ale wynika z tego, że problemy z pamięcią mogą utrudniać zarówno przypominanie sobie ilości wypitego alkoholu, jak i częstotliwość picia.

Co jest ważnie, o czym trzeba pamiętać? Że u osób starszych, nawet w kontakcie z lekarzem, problemy wynikające z picia alkoholu mogą być przypisywane innym dolegliwościom, bo alkohol jest substancją psychoaktywną, zmienia świadomość. W związku z tym od lekarza, który nie zapyta o stosunek do alkoholu, trudno wymagać obiektywnej odpowiedzi. To jest pewien deficyt. Wczesne rozpoznanie i krótka interwencja, to jest deficyt nie tylko w stosunku do osób starszych, ale w ogóle generalnie do całego naszego społeczeństwa. Lekarze chętnie rozmawiają o tytoniu (Narodowy Fundusz Zdrowia przewiduje taką procedurę), ale nie rozmawiają o alkoholu. Przekonanie ich o tym, że alkohol jest substancją szkodzącą, jest trudne. To mówię ze swojego doświadczenia.

Teraz, co też jest istotne, osoby w wieku senioralnym piją alkohol w mniejszych ilościach, ale piją go częściej. Czyli, trudno zobaczyć te osoby upojone, natomiast wpływ alkoholu na organizm osoby pijącej dziennie lampkę czy dwie lampki wina jest również destrukcyjny, więc tutaj może być tak, że ze względu na zmniejszoną aktywność, ze względu na samotne przebywanie w domu, nawet dla najbliższych problem z alkoholem – nie mówię o uzależnieniu – może być po prostu niezauważalny. W związku z tym trudno mówić o tym, że dalibyśmy radę w jakikolwiek sposób rozpoznać problemu alkoholowy wśród osób starszych, rozpowszechnienie problemu z alkoholem.

Myślę, że jakimś elementem dającym nam wiele wiedzy jest to, jak wygląda używanie alkoholu w domach pomocy społecznej, dlatego że tam przebywają osoby, które są często w wieku senioralnym i ponieważ występuje problem nie tylko uzależnienia, ale nadużywania alkoholu czy picia ryzykownego wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej, więc jak gdyby na tej bazie możemy powiedzieć, że tak, problem może dotyczyć kilkunastu procent seniorów. Dlatego dane, które przedstawiał pan minister, dane sztywne, czyli takie, że na pewno blisko 8,5 tysiąca osób leczonych, to są dane pewne. O pozostałych możemy tylko spekulować tak czy inaczej

Warto powiedzieć, że jeśli chodzi o alkohol i osoby starsze, to największą rolę tak naprawdę do odegrania ma rzeczywiście służba zdrowia. Wynika to chociażby z tego, że dla osoby w wieku starszym partnerem do rozmowy na ten temat może być tylko lekarz. Jeżeli mówimy o uzależnieniu, jeżeli osoba będzie uzależniona, to też my musimy pamiętać (mówię o systemie lecznictwa odwykowego), że – po pierwsze – osoby w wieku senioralnym dużo mniej chętnie pracują w grupie, czyli w psychoterapii grupowej, dużo chętniej otwierają się w psychoterapii indywidualnej, ale też wtedy, kiedy mają po drugiej stronie psychoterapeutę równego sobie wiekiem. Czyli uwarunkowań różniących osoby w wieku senioralnym w przypadku alkoholu od całej reszty populacji jest naprawdę sporo.

Kwestia zapobiegania. Tak jak tu było powiedziane wcześniej, nie jest łatwo dotrzeć do osób starszych. Nawet jeśli przekażemy wiedzę (tak jak wczoraj na tym sympozjum było), że alkohol jest szkodliwy, że będzie miał wpływ na wątrobę, to niestety, nasze przekonanie kulturowe jest takie, że lampka czy dwie lampki wina nie zaszkodzą. W przypadku osób starszych zalecana jest całkowita abstynencja. Natomiast dotarcie z taką informację jest po prostu nierealistyczne. Mówiąc wprost, nie chcielibyśmy wystawiać się na coś, co jest bardzo kosztowne, a mało realistyczne. Rzeczywiście jest tak, jak tu państwo wspominaliście, że działań adresowanych bezpośrednio do osób starszych agencja również nie podejmowała. Natomiast na pewno to, co zrobiliśmy, to przygotowaliśmy, zresztą wspólnie z dwoma domami pomocy społecznej (z takiego ogromnego i bardzo zaawansowanego ośrodka w Kleszewie i częściowo w Krakowie) standardy do postępowania z osobami mającymi problem z alkoholem (powtarzam, nieuzależnionymi). W domach pomocy społecznej, gdzie to nagromadzenie problemu jest duże. Co warto pamiętać, standardy postępowania przygotowane są dla całego personelu, czyli nie jest tak, że będzie psychoterapeuta w domu pomocy społecznej i nie poradzi sobie z ludźmi pijącymi alkohol. Taka jest prawda.

Może spróbuję opowiedzieć na temat badań białostockich, czyli badań dotyczących przemocy i obecności alkoholu czy stwierdzenia uzależnienia. Niestety, to jest takie nasze przekonanie, że alkohol jest powodem przemocy. Nie, alkohol towarzyszy przemocy, dlatego że alkohol wyzwala pewne działania, ogranicza zdolności do realnego postrzegania sytuacji. Oczywiście, częściej to się dzieje u osób uzależnionych. Pytanie, co z tym zrobić? Rzeczywiście, to jest ogromna praca i – mówiąc wprost – zadanie dla sąsiadów, kwestia obserwacji i informacji, bo proszę pamiętać, że to jest przemoc w stosunku do osoby nieletniej czy małoletniej, do dorosłego czy osoby starszej. Środki postępowania będą dokładnie te same, czyli jeżeli nie razi sobie (nie wiem) rodzina, gwarantujemy nasze wsparcie poprzez telefon Niebieskiej Linii, czyli telefon nieodpłatny i 24 godzinny od 1 stycznia, dostępny również dla osób głuchych, głuchoniemych; rozmowa przez skype. Innych standardów nie ma. Jeżeli opieka społeczna nie dowie się, czy my nie będziemy mieli informacji, nie dowiemy się, żeby interweniować (w dowolnym miejscu w Polsce), to niestety pomoc nie będzie udzielana. Ta prewencja musi wynikać nawet z takiej czysto sąsiedzkiej życzliwości. Też do końca nie jesteśmy przygotowani jako Polacy, żeby inter-

weniować w takich sprawach. W związku z tym temat senioralny w przypadku alkoholu jest naprawdę trudny.

Największa rola może być oddana służbie zdrowia. Mam nadzieję, że zgodnie z tym, co przygotowaliśmy na początku kadencji, to jest wczesne rozpoznanie i krótka interwencja, czyli skuteczne rozpoznanie przez lekarza, wsparcie, motywowanie do zmiany, może mieć kapitalne znaczenie właśnie dla osób starszych. Trudno mi powiedzieć, ja nie powiem, że to jest jedyna metoda, natomiast wydaje się, że jest bardzo kosztowna. Narodowy Fundusz Zdrowia musi za to zapłacić. To jest chyba najskuteczniejsza metoda wykrywania problemu z alkoholem. Tak jak powiedziałem na początku, nadużywanie alkoholu jest tajemnicą nawet dla najbliższego otoczenia.

Chętnie odpowiem na konkretne pytania, ale wydaje mi się, że to, o czym mogłem powiedzieć, to chyba podstawowa wiedza.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Poproszę panią dyrektor.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Dziękuję. Szanowni państwo, panie ministrze, pani przewodnicząca, chciałabym króciutko powiedzieć, bo też i problem używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez osoby starsze jest jednak marginalny. Jeżeli mamy na myśli takie substancje jak amfetamina, heroina, kokaina, tak zwane twarde narkotyki, czy nawet marihuana, to jest rzeczywiście problem, który bardzo rzadko zdarza się w starszych grupach wiekowych, czyli rozpowszechnienie jest naprawdę minimalne. Natomiast możemy mówić ewentualnie o jakimś problemie związanym z nadużywaniem leków, często przepisywanych przez lekarza i używanych nieumiejętnie czy nadużywanych, czy nawet używanych w celu odurzania się. Ewentualnie w starszym wieku możemy mówić o takim problemie. Jeżeli byśmy spojrzeli na mapę lecznictwa, to rzeczywiście obserwujemy i w Europie, i w Polsce, że mamy starzejącą się populację, czyli osoby trafiające do leczenia są coraz starsze. To się dzieje z różnych powodów, ale m.in. z tego, że te metody, które są obecnie proponowane są bardziej adekwatne do młodszych osób uzależnionych. Jeżeli chodzi o osoby uzależnione od heroiny, one częściej korzystają z leczenia substytucyjnego, ponieważ w leczeniu substytucyjnym niejednokrotnie są pacjenci od bardzo wielu lat. Są jeszcze teraz w leczeniu substytucyjnym pacjenci, którzy są w nim dosłownie od początku, kiedy wprowadziliśmy leczenie substytucyjne w 1992 r.

I na to jeszcze chciałabym zwrócić państwa uwagę, że jeśli chodzi o inicjowanie kontaktów z substancjami psychoaktywnymi, to także obserwujemy istotne zmiany, bo kiedyś to była głównie młodzież, a teraz obserwujemy, że inicjacja kontaktu np. z konopiami następuje często dopiero w 30 – 35 roku życia, czyli jest to zjawisko stosunkowo nowe. Ono już trwa kilka lat, ale jest stosunkowo nowe.

Jeśli chodzi o działania profilaktyczne, to wydaje mi się, wiem też z doświadczenia, biorąc pod uwagę także naszą współpracę z organizacjami pozarządowymi, że do krajowego biura bardzo rzadko zgłaszają się osoby, który byłyby zainteresowane prowadzeniem działań profilaktycznych w naszych grupach wiekowych. Funkcjonuje schemat, że narkomania to ludzie młodzi. Jeżeli chodzi o problem nadużywania leków, to też nie spotkałam się z jakimś oferentem, który zgłosiłby się do krajowego biura z inicjatywą jakiegoś działania w tym zakresie, z propozycją realizacji działań profilaktycznych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Chciałabym jeszcze do pani wypowiedzi dopytać, bo trochę mnie przeraziło to, co pani powiedziała, że są pacjenci, którzy od 1992 r. są w leczeniu substytucyjnym. Czy dla tych osób, które dopiero wchodzą w leczenie substytucyjne, zaczynają leczenie, jest oferowana terapia? To jest taka namiastka, coś, co funkcjonuje, w czym mogą funkcjonować, jest na co dzień i jest dobrze? To wzbudziło moje przerażenie, że jest taka statystyka. Jak przebiegała terapia tych osób? Czy jest też takie przeświadczenie, że to jest dobry pacjent, który jest od wielu lat? Jeżeli mogłabym prosić.

Zastępca dyrektora KBdSPN Bogusława Bukowska:

Z tymi pacjentami najczęściej jest tak, że jak jest jakiś kryzys, mają po prostu nawrót choroby, sięgają po substancje, to trafiają do leczenia substytucyjnego. Osoby, które trafiły do leczenia substytucyjnego, pacjenci od 1992 r. to są osoby, które najczęściej przed leczeniem substytucyjnym podejmowały próby leczenia w tradycyjnym modelu terapii ukierunkowanym na abstynencję, czyli one przebywały w wielu ośrodkach, niejednokrotnie naprawdę przez długi czas, natomiast utrzymanie przez nie abstynencji było niemożliwe. I to najczęściej te osoby trafiają do lecenia substytucyjnego.

Fakt, że są w tym leczeniu tak długo, myślę, że należy poczytywać jako wielką korzyść i tak naprawdę jako wielki sukces zarówno dla nich, jako pacjentów, jak i dla nas, jako społeczeństwa, dlatego że jeżeli one się leczą substytucyjnie to znaczy, że prawdopodobieństwo zakażenia HIV maleje, prawdopodobieństwo zakażenia żółtaczką typu C maleje, to znaczy, że jest mniejsze prawdopodobieństwo transmisji tego wirusa na pozostałą część populacji. Proszę pamiętać, że osoby uzależnione często prostytuują się. To nie jest tak, że one żyją tylko w swoim środowisku. Prawdopodobieństwo zakażenia poza tą grupą uzależnionych także jest istotne. Jest też znaczniejsze prawdopodobieństwo leczenia takich chorób jak gruźlica. Jednym słowem, ten pakiet – bo pani powiedziała, że jest za miękki – nie jest za miękki, ponieważ przy leczeniu substytucyjnym można podejmować jakiekolwiek role społeczne. Pacjent może iść do pracy, może zająć się rodziną. To jest znacznie więcej niż terapia. Proszę pamiętać, że chodzi o osoby, które wielokrotnie podejmowały wysiłek, żeby wyjść poza leczenie substytucyjne, funkcjonować jako wolne, ale im się to nie udaje. To jest jakaś alternatywa dla tej określonej grupy osób.

Jeśli chodzi o terapię, to terapia jest obowiązkowa, minimum dwie godziny dwa razy w tygodniu. Oczywiście ci pacjenci przez pierwsze lata funkcjonowania w leczeniu substytucyjnym korzystali z tej terapii. Natomiast nie wydaje mi się, a raczej sądzę na pewno, że jeżeli ktoś był w leczeniu substytucyjnym przez te wszystkie lata, żeby miał konieczność korzystania z tej terapii. To już jest kwestia decyzji, którą podejmuje pacjent wspólnie z lekarzem i psychologiem. Wielu pacjentów korzysta na takich zasadach, że jeżeli coś się dzieje, jeśli ma miejsce coś niepokojącego, to zawsze mają dostęp do terapii. Natomiast nie sądzę, żeby ta terapia odbywała się przez wiele, wiele lat w narzucony sposób. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Ale danych statystycznych pani nie ma, ile jest osób starszych? Jak mówimy o osobach starszych, to o 60+, chociaż wydaje mi się, że musimy zmienić w Komisji ustawę o osobach starszych, bo wielu osobom trudno się poczuwać do tej kategorii, więc musimy wypracować nowelizację, znowelizować ustawę o osobach starszych. Czy są badania statystyczne, bo tutaj mamy tylko 40–45+? Czy są rozdzielone te osoby na ten moment i starsze?

Zastępca dyrektora KBdSPN Bogusława Bukowska:

Jeśli chodzi o leczenie substytucyjne, to oczywiście takie dane mamy. Nasz instytut prowadzi rejestr osób leczących się. Dokładnie nie wiem, ile i w jakich przedziałach wiekowych w tej chwili. U nas średni wiek jest wyższy niż średnia w Europie. Problem używania heroiny w Polsce jest coraz bardziej marginalny. Na szczęście młodzież ma bardzo rzadko kontakt z heroiną. Szczegółową informację możemy przygotować, wyciągnąć z rejestru i przedstawić dokładną informację na piśmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Prosilibyśmy o przesłanie do sekretariatu Komisji. Dziękuję bardzo, pani dyrektor.

Jeszcze jakieś pytanie się urodziło, tak? Bardzo proszę.

Poseł Teresa Glenc (PiS):

Jeszcze wrócę w swojej wypowiedzi, szanowni państwo, do problemu alkoholowego. Jak powszechnie wiadomo, część osób starszych zamieszkuje w ośrodkach, część mieszka samotnie, a część w rodzinach wielopokoleniowych. I tu pytanie do pana dyrektora, nie oczekuję od razu odpowiedzi. Czy są dane statystyczne w tym kierunku robione? W któ-

rej z tych grup uzależnienie jest największe? Jak to w liczbach wygląda? To by była jakaś odpowiedź właśnie w kierunku diagnozy problemu, a potem profilaktyki. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł.

Dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka:

Niestety, nie potrafię odpowiedzieć w tej chwili. Wydaje się, że odpowiedzi na to pytanie nie znajdziemy. Możemy przypuszczać, możemy próbować zasięgnąć jakichś informacji z danych Głównego Urzędu Statystycznego, ale też nie sądzę, żeby udało się to bardzo precyzyjnie wyciągnąć.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Myślę, że warto pochylić się nad tym, ponieważ to daje do myślenia, prawda?

Dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka:

Oczywiście, tak. To byłoby istotne. Można pomyśleć o próbie podjęcia takich badań, ale poprzez lekarzy, dlatego że dodarcie do respondentów jest praktycznie niemożliwe. Po to, żeby przeprowadzić te badania przez instytucje badawcze, żeby badania były rzetelne, to na podstawie statystycznie prawidłowo wybranej grupy powinny być zebrane ankiety co najmniej od 60% wytypowanych osób. W przypadku alkoholu dotarcie do osób jest bardzo trudne. Czasem podejrzewamy, że reprezentacja osób – we wszystkich badaniach, nie tylko tych – uzależnionych od alkoholu jest mniejsza niż rzeczywiście. Z prostego powodu, te osoby unikają odpowiedzi. Może warto pomyśleć, jeżeli rzeczywiście byłaby taka szansa, o takich badaniach, ale prowadzonych za pośrednictwem lekarzy. To będzie naprawdę drogie badanie, ale warto je zrobić.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Jeszcze pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Alicja Kaczorowska. Mam pytanie, tylko nie wiem właściwie, do kogo. Przypuszczam, że może też do pana dyrektora. Czy są badania i jakieś wyniki tych badań, jeżeli chodzi o uzależnienie od leków, z rozbiciem także na środowiska? Należałoby się pewnie spodziewać, że w hospitalizacjach czy przebywaniach instytucjonalnych należy oczekiwać, że to uzależnienie będzie dużo mniejsze. Czy są rzeczywiście takie spostrzeżenia, bo generalnie osoby starsze są bardzo uzależnione od leków?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Wydaje mi się, że to pytanie do pani dyrektor z Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora KBdSPN Bogusława Bukowska:

Myślę, że źródłem takich danych mógłby być ewentualnie Instytut Psychiatrii i Neurologii, ponieważ prowadzi statystykę z rozbiciem na rozpoznania. Nie wiem, czy Narodowy Fundusz Zdrowia też nie dysponowałby jakimiś danymi. Krajowe biuro interesowało się tą tematyką, ale w kontekście młodzieży, bo muszę przyznać, że młodzież też nadużywa leków. Nie potrafię podać żadnych precyzyjnych danych, natomiast mogę powiedzieć, że zauważyłam, że niewątpliwie taki problem wśród osób starszych występuje. Natomiast myślę, że na podstawie tych danych, które są dostępne, można dokonać pewnej analizy. To nie jest tak, że nic tu nie możemy zrobić.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Myślę, że ta ustawa 75+ wychodzi trochę naprzeciw temu zjawisku, bo na pewno w jakiś sposób będzie zachowana kontrola, przynajmniej jeśli chodzi o te leki, które są wpisane w rejestr. Na pewno jest to jakieś rozwiązanie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze jedno, ostatnie pytanie i będziemy przechodzić do następnego punktu.

Prezes Zarządu Fundacji „Adaptacja M&K” Kordian Kulaszkiewicz:

Mam pytanie, jeżeli chodzi o informacje od lekarza. Czy lekarze będą chcieli takie ankiety wypełniać, czy takie badania robić, ze względu na to, że prosiłem lekarzy o przeprowadzenie takich badań u osób starszych i niestety lekarze byli bardzo niechętni. Mam pytanie, czy możemy to wyegzekwować? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka:

O tym, żeby wyegzekwować, nie ma mowy, musimy zachęcić. Dlatego w ostatnim zdaniu mówiłem, że te badania byłyby bardzo drogie. Wiem, ile mogą kosztować badania. Prowadziliśmy takie badania za pośrednictwem lekarzy, ale nie ukrywam, że były to środki unijne i stać nas było na to, żeby badania za pośrednictwem lekarzy prowadzić. To jest problem.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Proszę.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Myślę, że można wprowadzić kwestionariusze ewaluacji i dołączyć do dokumentacji. Trzeba je potem obligatoryjnie wypełnić.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Tylko że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie będzie miał czasu, żeby przeprowadzać ankiety, bo ankiety są, czy osoba jest uzależniona, czy nie, tylko faktycznie tego nikt nie robi i to nie z niechęci tylko po prostu z braku czasu. To jest taka moja uwaga, ale jest to duży problem i powinniśmy się faktycznie zastanowić nad tym, co zrobić, bo mamy starszym osobom pomóc z tego względu, że ta nasza demografia się przesuwa. Mówiliśmy o wieku osoby starszej, że powinniśmy liczyć od 75+ a nie od 60. To nam da też inny obraz. Niedawno rozmawiałam z osobą, która miała taki pomysł, żeby w szpitalach zaczęli pracować dodatkowo terapeuci. Terapeuta mógłby z osobami, które przyjeżdżają do szpitala, które są hospitalizowane dłużej niż jeden dzień porozmawiać i zobaczyć, czy gdzieś jest problem, czy nie ma problemu. To jest też jedna z propozycji, ale wiadomo, że to jest jakimś kosztem i wprowadzeniem czegoś.

Dziękuję bardzo panu ministrowi i panu dyrektorowi, przedstawicielom Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan dyrektor dzisiaj nie odpowiadał. Domom pomocy społecznej też należałoby się przyglądnąć, bo ustawa mówi, że w domach pomocy społecznej osoby nie powinny w ogóle pić, a alkohol jest nadużywany, czyli co z egzekwowaniem prawa? Dziękuję ślicznie przedstawicielom rządu.

Przechodzimy do trzeciego punktu posiedzenia, rozpatrzenie projektu dezyderatu w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów. O przedstawienie projektu dezyderatu i informację poproszę naszego eksperta, pana dr Rafała Sapułę.

Stały doradca Komisji Polityki Senioralnej Rafał Sapuła:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta liczba osób z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera. W związku z tym będzie obserwowany wzrost zapotrzebowania na opiekę nad tymi chorymi, a także nad ich opiekunami. W tym momencie system wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera jest stosunkowo rozproszony. W związku z tym widzimy konieczność usystematyzowania tej opieki i podjęcia działań w kilku zakresach: przede wszystkim prowadzenia badań przesiewowych, które pozwolą na wczesną diagnostykę zaburzeń poznawczych i otępienia; stworzenia algorytmów postępowania z chorymi ze zdiagnozowanym otępieniem w systemie opieki skoordynowanej; podjęcia działań w kierunku stworzenia polskiego rejestru otępień, który pozwoli na monitorowanie przebiegu i zapewnienie właściwej opieki chorym z chorobami otępiennymi; również rozwijania opieki dziennej i środowiskowej, tak żeby jak najbardziej zdeinstytucjonalizować leczenie; stworzenia systemu świadczeń, który byłby dedykowany chorym z zaawansowanym otępieniem, opartego na współpracy placówek opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej; wydzielenia z placówek opieki długoterminowej

zakładów opiekuńczo-leczniczych jednostek sprofilowanych dla osób z chorobami otępiennymi; stworzenia systemu wsparcie dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi, tak aby ich odciążyć i ułatwić codzienne funkcjonowanie; zwiększenia modelu edukacyjnego dla tych osób; stworzenia systemu informacji, który ułatwiłby codzienne funkcjonowanie chorym i ich opiekunom; implementowania działań profilaktycznych zmniejszających ryzyko wystąpienia progresji otępienia; upowszechnienia wiedzy na temat otępienia, tak aby zapobiegać stygmatyzacji oraz powodować akceptację i kształtowanie umiejętności koegzystencji z pacjentami z chorobami otępiennymi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu doktorowi. Czy są jakieś pytania? Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Mówiąc o opiekunkach osób starszych z chorobą otępienną, zwłaszcza jeżeli chodzi o chorobę Alzheimera, proponowałbym, żeby ewentualnie uwzględnić prośbę o zastanowienie się, aby wsparcie przysługiwało również opiekunowi rzeczywistemu w sytuacji, gdy nie ma osoby bliskiej, uprawnionej do alimentacji, która mogłaby taką opiekę pełnić. Są ustalone świadczenia, których warunkiem jest obowiązek alimentacyjny. Wówczas taka osoba może otrzymać np. zasiłek pielęgnacyjny. Jest głośny przypadek, jeden jedyny, gdzieś tam wykryty, że uczeń studiujący w Szczecinie brał zasiłek na babcię mieszkającą w Krakowie. Przy tej okazji wylewa się dziecko z kąpielą. Przede wszystkim, chciałbym zwrócić uwagę na to, że jest to stosunkowo niewielki problem finansowy. Nie jest to wielki problem dla budżetu, bo osób, które są w sytuacji takiej, że wymagają opieki, a nie mają nikogo w rodzinie, kto by mógł spełniać tę rolę, jest stosunkowo niewiele, więc nie jest to problem budżetowy. Jakieś nadużycia można by w sposób bardzo prosty wyeliminować, choćby ustanawiając, że stwierdzenie o braku możliwości sprawowania opieki przez osobę zobowiązaną do alimentowania musiałoby być potwierdzone zaświadczeniem lekarskim, czyli lekarz ze względów zdrowotnych wówczas wyklucza. Znany od lat resortowi jest taki przypadek, że jest pani, sama jest osobą niepełnosprawną, nie może praktycznie niczego dźwigać poza jakimiś drobnymi rzeczami, a ma dorosłego syna całkowicie niepełnosprawnego i brat mógłby pełnić tę rolę i gotów jest się poświecić, ale ponieważ on nie ma obowiązku alimentacyjnego, to nie może skorzystać z takiego świadczenia. Zaproponowanie tej matce, żeby on przejął chorego (przysposobienie), a ona zrzekła się praw rodzicielskich jest wręcz nieludzkie, prawda?

Myślę, że warto zastanowić się nad tą grupą, bo jest to niewielka grupa a sytuacje są naprawdę przerażające i wzbudzające głębokie wzruszenie. Ktoś nie ma nikogo bliskiego, ktoś z dalszej rodziny mógłby to pełnić, a tak musi być skazany na dom pomocy społecznej. Dla budżetu będzie to korzystniejsze, bo opieka w domu jest zawsze tańsza niż w jakimś ośrodku. Olbrzymi problem mógłby być niewielkim kosztem rozwiązany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Prosimy teraz o odniesienie się do dezyderatu. Nie słyszę pytań.

Wnoszę o uchwalenie dezyderatu przez Komisję. Nie słyszę, nie widzę sprzeciwu. Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, chciałam jeszcze przedstawić zaproszenie do Bażantowa w Katowicach. To dotyczy członków Komisji. Celem wizyty miałaby być prezentacja zróżnicowanej oferty mieszkaniowej dedykowanej seniorom, w zależności od aktywności, stanu zdrowia i statusu. Jest to pierwszy zrealizowany w Polsce kompleks, składający się z DPS-u, placówki całodobowej opieki, mieszkań z serwisem i częścią dzienną. Został tam zrealizowany i częściowo wdrożony model tzw. klastra senioralnego. Wizytacja planowana jest na 28 marca, to jest wtorek. Osoby chętne do pojechania proszone są o zgłoszenie się teraz lub do sekretariatu naszej Komisji. Bardzo proszę o zgłoszenie się osób chętnych.

Dziękuję przedstawicielom rządu, państwu z krajowego biura, przedstawicielom NFZ, wszystkim naszym gościom.

Zamykam posiedzenie Komisji.